
La perspectiva de la Sociedad Española de Calidad Asistencial

Alberto Fernández León

Miembro de la Junta directiva de la SECA

Para intentar responder a la pregunta de qué se puede hacer en asuntos relacionados con la mejora de la calidad del proceso asistencial desde la perspectiva de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA), el punto de partida que he adoptado en estas líneas es el de la formulación de misión que hemos establecido en el proceso de elaboración de nuestro plan estratégico:

“Somos una asociación científica multidisciplinar que contribuye a la mejora de los resultados del sistema sanitario facilitando un cambio cultural en el mismo que le lleve a integrar la mejora continua de la calidad como eje de sus actuaciones”.

Existen en esta formulación al menos tres aspectos relevantes desde la perspectiva que nos ocupa:

1. Los diferentes agentes del sistema sanitario deberían integrar la mejora continua como eje de todas sus actuaciones.

2. Esa integración podrá ser llevada a cabo siempre que se produzca un cam-

bio de cultura organizativa, es decir, debemos conseguir modificar las creencias o asunciones básicas con que funcionamos si queremos integrar la gestión de la calidad como una realidad habitual en nuestras organizaciones.

3. Con los dos pasos anteriores podremos contribuir a la mejora de los resultados del sistema. Así pues, implícitamente consideramos el nivel de calidad en función del nivel de consecución de los resultados del sistema sanitario.

Este es el planteamiento que subyace en el concepto de excelencia, que refleja la evolución de los conceptos previos de control y mejora de la calidad por una parte, y de calidad total por otra, los cuales no recogían con la suficiente amplitud diversos aspectos culturales y de gestión, que hoy son considerados fundamentales.

Sin ánimo de ser exhaustivo, y partiendo de estas consideraciones previas, planteo a continuación algunas reflexiones relativas a los aspectos más relevan-

tes de la gestión de la calidad en las organizaciones del Sistema Nacional de Salud. Ha sido publicada recientemente una excelente sistematización de los diversos retos a que se enfrenta el Sistema Nacional de Salud desde la perspectiva de la calidad asistencial¹, que puede consultar quien esté interesado en este asunto.

Los resultados del sistema

En la misión del sistema se encuentra la consecución de un estado de salud óptimo de la población, mejorando la calidad de vida relacionada con la salud de la misma. No obstante, es preciso plantearse objetivos con un mayor nivel de concreción con el fin de poder gestionar los resultados obtenidos y determinar el avance hacia ese gran objetivo final. Algunas áreas habitualmente mencionadas como objetivos intermedios son las siguientes:

1. Aceptación de las partes interesadas.
2. Eficiencia.
3. Asistencia sanitaria.
 - Efectividad.
 - Seguridad.
 - Accesibilidad y continuidad.
 - Uso adecuado de los recursos.
4. Atención al paciente.
 - Confidencialidad.

- Información.
 - Participación del paciente en las decisiones que le afectan.
 - Confortabilidad.
5. Buena organización.
 - Gestión de los procesos.
 - Buenos resultados en la evaluación externa.

6. Personas capacitadas, satisfechas e implicadas²:

– Satisfacción de necesidades extrínsecas: retribución, seguridad laboral, ambiente de trabajo.

– Satisfacción de necesidades intrínsecas: reconocimiento, oportunidades de desarrollo, contenido del trabajo satisfactorio y motivador, formación.

Estos diferentes objetivos o áreas de resultados están relacionados entre sí, de modo que no puede desligarse la consecución de uno o más de ellos de las del resto. Este concepto se muestra mejor si se expresa gráficamente, con el formato de mapa estratégico, propugnado por Kaplan y Norton³ como paso intermedio en la construcción de un cuadro de mando integral. Dicha expresión se recoge en la figura 1.

En la parte inferior de la misma se muestran los resultados con una perspectiva fundamentalmente interna (desarrollo de las personas, desarrollo organizativo y mejora del sistema de gestión),

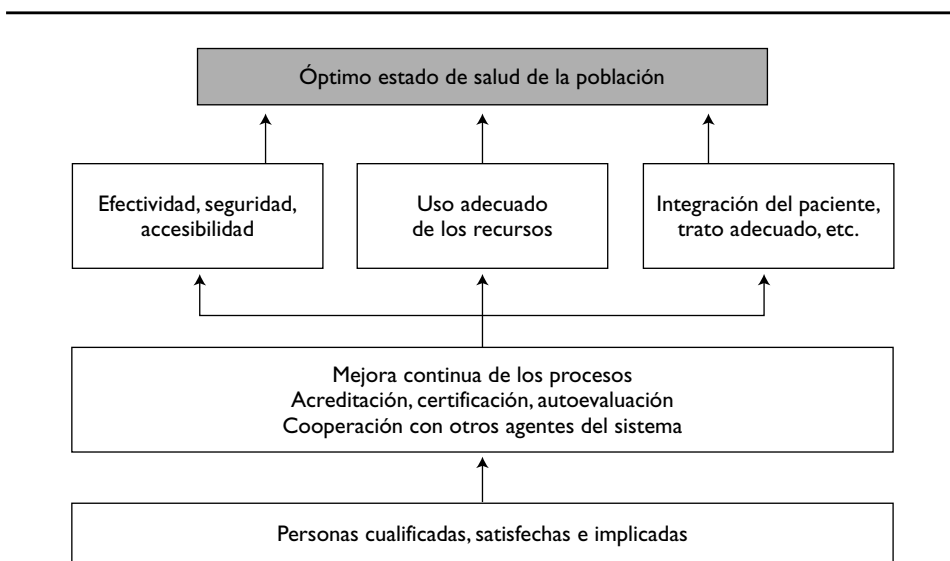


Figura 1. Resultados relevantes.

los cuales constituyen predictores e inductores de los resultados reflejados en la parte superior, con un carácter más externo (clientes y partes interesadas) que son los que finalmente pretendemos conseguir.

Este es un aspecto clave que debe ser gestionado por la autoridad sanitaria al máximo nivel (Comunidades Autónomas y Ministerio de Sanidad y Consumo). Ésta debería encargarse de fijar los grandes objetivos del sistema, que habitualmente se formulan en los Planes de Salud de las Comunidades Autónomas. A partir de esta formulación, y a través de diversas herramientas, se procede al

despliegue de los objetivos a los diferentes niveles de la organización hasta llegar a los niveles operativos, encargados de la implantación de las actuaciones que nos han de permitir avanzar en su consecución. Así pues, los planes estratégicos de los Servicios de Salud o de los centros y las estrategias de calidad, sí están definidos, deben constituirse en herramientas que permitan dar traslado de los objetivos y facilitar la participación de los diferentes centros y profesionales en la consecución de los mismos.

La alineación de metas es un factor clave de comunicación que incide muy directamente en la puesta en marcha de

una adecuada cultura de mejora. En coherencia con ella, debe darse una alineación de los incentivos disponibles. Los intentos de implantación en centros sanitarios aislados serán difíciles de sostener si no se da un apoyo explícito y decidido por parte de la alta dirección de las organizaciones.

La cultura de mejora

Los aspectos más relevantes de la cultura deseable (cultura de excelencia) se recogen en documentos que definen los principios del modelo de excelencia de la EFQM o la norma ISO 9000. En concreto, la EFQM los recoge en los siguientes términos⁴:

1. Orientación hacia los resultados. La excelencia consiste en alcanzar resultados que satisfagan plenamente a todos los grupos de interés de la organización.

2. Orientación al cliente. La excelencia consiste en crear valor sostenido para el cliente.

3. Liderazgo y coherencia. Excelencia es ejercer un liderazgo con capacidad de visión que sirva de inspiración a los demás y que, además, sea coherente en toda la organización.

4. Gestión por procesos y hechos. Excelencia es gestionar la organización mediante un conjunto de sistemas, pro-

cesos y datos, interdependientes e interrelacionados.

5. Desarrollo e implicación de las personas. Excelencia es maximizar la contribución de los empleados a través de su desarrollo e implicación.

6. Proceso continuo de aprendizaje, innovación y mejora. Excelencia es desafiar el *status quo* y hacer realidad el cambio aprovechando el aprendizaje para crear innovación y oportunidades de mejora.

7. Desarrollo de alianzas. Excelencia es desarrollar y mantener alianzas que añaden valor.

8. Responsabilidad social de la organización. Excelencia es exceder el marco legal mínimo en el que opera la organización y esforzarse por comprender y dar respuesta a las expectativas que tienen sus grupos de interés en la sociedad.

En esa lista se recogen los principios fundamentales de una cultura de excelencia, pero cabe resaltar que, junto al nivel organizativo existen otros dos niveles que son fundamentales para la consecución de buenos resultados⁵ y que se mencionan en los puntos 4 y 5 de la misma: los procesos y el nivel de puesto de trabajo-trabajador.

En cuanto a los procesos, concepto con una larga historia en la gestión de organizaciones, su formulación explícita no ha llegado a nuestro sistema hasta

bien entrados los años ochenta, habiéndose generalizado a finales de los noventa. La gestión de los procesos (con sus tres fases: descripción de las interrelaciones, descripción de los procesos y mejora de los mismos) es una herramienta con un gran potencial para remover las estructuras tradicionales, y por tanto para facilitar la consecución del cambio cultural perseguido. Se trata del concepto que subyace a los diferentes referenciales habitualmente utilizados o al menos mencionados cuando se habla de excelencia y de gestión de la calidad (ISO 9000, EFQM, *Joint Commission*).

Por último, el diseño de los puestos de trabajo debe ser tal que puedan contemplarse los siguientes aspectos⁵:

1. Especificaciones de rendimiento.

– ¿Existen estándares de rendimiento?
– ¿Conocen los trabajadores el producto final y los estándares de rendimiento?

– ¿Consideran los trabajadores alcanzables los estándares?

2. Soporte de la tarea.

– ¿Puede el trabajador reconocer fácilmente la entrada que requiere una actuación por su parte?

– ¿Puede la tarea ser realizada sin interferencia de otras tareas?

– ¿Son los procedimientos y el flujo de trabajo lógicos?

– ¿Son adecuados los recursos (tiempo, herramientas, personas, información) disponibles?

3. Consecuencias

– ¿Están alineadas para dar apoyo al rendimiento deseado?

– ¿Son significativas desde el punto de vista del trabajador?

– ¿Se producen temporalmente cerca del resultado?

4. Retroalimentación

– ¿Reciben los trabajadores información sobre su rendimiento?

– ¿La información que reciben es relevante, exacta, oportuna, específica y comprensible?

5. Conocimientos y experiencia

– ¿Tienen los trabajadores los conocimientos y experiencia necesarios para conseguir un buen rendimiento?

– ¿Saben los trabajadores por qué es importante el rendimiento deseado?

6. Capacidad individual

– ¿Son los trabajadores física, mental y emocionalmente capaces de obtener un buen rendimiento?

La integración del ciclo de mejora

El ciclo de mejora se halla en el núcleo de toda iniciativa de calidad. La formulación más conocida es la denominada ciclo de Shewhart (o de Deming), que en

su modo más simple puede ser utilizada para el abordaje de iniciativas tanto muy sencillas como muy complejas.

Las actividades clásicamente realizadas en el proceso de mejora consisten en planificación, mejora, revisión y ajuste o acción/aprendizaje.

Si bien existe la tendencia a pensar que el punto inicial es el de planificación, en realidad por tratarse de un ciclo no existe un comienzo definido.

Según las preferencias de la organización que utilice el proceso y de su punto de partida, podemos comenzar en cualquiera de las tres primeras fases. De hecho, cuando una organización decide adoptar el ciclo de un modo sistemático lo habitual es que existan iniciativas en diversos estadios que han hecho énfasis en algunas de las fases más que en otras. Lo relevante es ver el ciclo en su conjunto e ir perfeccionando su contenido y la interrelación de las diferentes fases. Suele ser útil comenzar con la medición del rendimiento, la cual ayuda a crear un cuadro general de la situación actual.

Existen varios tipos de entrada que pueden ser utilizados durante la evaluación del rendimiento con el fin de mejorar los hallazgos y conseguir una mejor planificación en el siguiente ciclo.

Las actividades del proceso de mejora son las siguientes:

I. Evaluación del rendimiento. Cuando se inicia el proceso de mejora por primera vez, constituye una medición basal de la situación actual. En ciclos posteriores del proceso, representará una evaluación del nivel de rendimiento una vez han sido implantadas las mejoras. Cada vez que esta fase es llevada a cabo, las mediciones pueden ser comparadas con los resultados de la ronda precedente, pudiendo apreciar de esta manera si se consiguió una mejora suficiente y si los esfuerzos de mejora tuvieron algún efecto. Simultáneamente, el nivel de rendimiento de la organización puede ser comparado con diversos puntos de referencia externos (*benchmarking*), lo que podrá aportar impulsos adicionales a la siguiente ronda de planificación del rendimiento. Los requisitos establecidos en los planes estratégicos de los centros y los establecidos en los contratos de gestión y contratos programa han de ser asimismo aspectos fundamentales en este apartado por ser las herramientas más utilizadas por la autoridad sanitaria para el despliegue de los objetivos. Por supuesto existen muchos referenciales que se utilizan en esta fase y entre ellos se encuentran los ya mencionados como más habituales en el ámbito de la sanidad.

– Se puede recurrir a la acreditación, con referencia a un modelo definido por

la correspondiente entidad acreditada. En nuestro ámbito, los modelos más conocidos son:

a) El de acreditación de unidades docentes (MSC).

b) Los modelos de acreditación de algunas Comunidades Autónomas (Andalucía especialmente y Cataluña, donde recientemente se ha producido un cambio en el modelo de acreditación de centros).

c) El de la *Joint Commission International*, que está siendo utilizado por algunos centros en nuestro país. Se trata de un referencial en general muy bien entendido por los clínicos, lo que puede facilitar la implantación de diversas mejoras del proceso asistencial con una metodología participativa.

d) Otro referencial muy utilizado es la familia de normas ISO 9000, referidas a sistemas de gestión y utilizadas en muchos ámbitos del sistema para la certificación de centros en su totalidad y más habitualmente de procesos o subsistemas dentro de los mismos. Ofrece una alta flexibilidad y tiene un gran potencial en la normalización en ámbitos con un alcance mayor que el de los centros (a nivel de Servicios Centrales de Servicios de Salud), aún por explorar en su mayor parte.

e) El modelo de la EFQM es el más conocido en lo referente a la autoevalua-

ción. Se trata de un modelo de gestión, mejor comprendido en los ámbitos de la mesogestión (gestión de organizaciones) que en los clínicos, si bien tiene un gran potencial en el desarrollo de unidades de gestión clínica.

2. Planificación del rendimiento. Durante esta fase se establecen las prioridades de acuerdo a las áreas o procesos que deberían ser mejorados. Esta priorización se lleva a cabo en base a la evaluación del rendimiento, la estrategia de la organización y la definición de sus factores críticos de éxito de acuerdo con lo evaluado en la fase anterior. El principal producto de esta fase es un listado priorizado de las áreas que deberían ser mejoradas. Otro elemento clave de la misma es que la responsabilidad organizativa para planificar y efectuar las mejoras está establecida. En vez de poner en marcha actividades basadas en iniciativas individuales, este proceso debe ser conscientemente gestionado para asegurar que aquellas se ponen en marcha y son coherentes entre sí y con las prioridades de la organización.

3. La mejora del rendimiento. Es la parte activa del proceso. Se ponen en marcha mejoras en línea con las prioridades establecidas en la fase anterior, tanto desde una perspectiva de mejora continua como de mejora radical. Aquí

es donde encajan los clásicos programas de mejora de la calidad y herramientas que han ido incorporándose recientemente al acervo de los responsables de calidad en diversas organizaciones como las iniciativas 6 sigma.

4. Ajustar. Una vez este proceso cíclico de mejoras que ocurren constantemente ha sido puesto en marcha, los efectos de las iniciativas de mejora serán medidos en la fase de evaluación del rendimiento, y si han producido resultados satisfactorios los procesos mejorados serán definidos como los nuevos estándares.

En definitiva, como mencionan Elena Sánchez et al⁶ “[...] no hay que perder de

vista que el objetivo fundamental de las políticas de calidad es mejorar, y todos los enfoques pueden ser adecuados si son suficientemente sólidos, se evalúan en el tiempo, se mantienen y se mejoran”.

No obstante, cuando existe una organización interna en el mundo de la gestión de la excelencia suele ser inevitable una cierta sensación de vértigo ante la evidencia de lo que queda por hacer. Ishikawa nos anima afirmando que un viaje de mil kilómetros comienza con un primer paso. Si ese paso inicial se da además en la dirección correcta (como parece ser el caso con la mejora continua), mejor que mejor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moracho del Río O. Modelos e instrumentos de calidad en las instituciones sanitarias. En: Repullo Labrador JL, Oteo Ochos LA, coordinadores. Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud Sostenible. Barcelona: Ariel; 2005.
2. William Dettmer H. Strategic navigation. A systems approach to business strategy. Milwaukee: ASQ Quality Press; 2003.
3. Kaplan RS, Norton DP. Mapas estratégicos. Convirtiendo los activos intangibles en resultados tangibles. Barcelona: Ed Gestión 2000; 2004.
4. Conceptos Fundamentales de la Excelencia. EFQM 1999-2003.
5. Rummler GA, Brache AP. Improving performance. How to manage de white space on the organization chart. San Francisco: Ed Jossey-Bass; 1995.
6. Comité Editorial RCA. Una cartografía de la gestión de calidad en España. Rev Calidad Asistencial. 2004; 19(3):1-2.

